

後期研修医証明書

氏 名 _____

所属施設名 _____

職 名 _____

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 _____

所属長あるいは部署責任者氏名 _____ ㊞

*本用紙を ISMICS 2024 WORKSHOP 当日受付にてご提出ください。